

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N^o 168

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mahmoud ZOVEINE

Né le 3 octobre 1903, à Nadjaf

L'ÉPITHÉLIOMA KYSTIQUE
DE LA
PROSTATE

Président : M. MARION, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mahmoud ZOVEINE

Né le 3 octobre 1903, à Nadjaf

L'ÉPITHÉLIOMA KYSTIQUE
DE LA
PROSTATE

Président : M. MARION, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE
Physiologie	Léon BINE ¹ .
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUQUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM. ABRAMI. ALAJOUANINE. AUBERTIN. BRULÉ. CHABROL. CHIRAY. DONZELOT. DUVOIR. LIAN. VALLERY-RADOT (Pasteur). SÉZARY.	} Clinique médicale.	MM. BASSET. BROCQ. CADENAT. GATELLIER. HEITZ-BOYER. MOURE. QUÉNU. SCHWARTZ. VELTER.	} Clinique chirurgicale.
MM. ÉCALLE. GUÉNIOT. LE LORIER. LÉVY-SOLAL. METZGER.	} Clinique obstétricale		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT	agrégé ... Éducation physiqu
LEDOUX-LEBARU	 Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A SA MAJESTÉ IMPÉRIALE

REZA SCHAH PAHLAVI

L'Auguste Souverain de l'Iran



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Trop tôt enlevée à mon affection.

A MON PÈRE

Faible témoignage de mon amour filial.

A MA SOEUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR G. MARION

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique urologique à la Faculté de Médecine
de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Necker

*Nous le remercions respectueusement
pour l'accueil bienveillant qu'il nous a
réservé dans son service. Il nous a inspiré
cette thèse et nous a fait l'honneur d'en
accepter la présidence. Nous le prions de
bien vouloir trouver ici l'expression de
notre profonde gratitude.*

A NOS JUGES

Hommage de nos sentiments respectueux.

A NOS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE TÉHÉRAN

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE LYON ET DE PARIS

L'ÉPITHÉLIOMA KYSTIQUE DE LA PROSTATE

Introduction.

Cette variété rare et d'aspect anatomo-clinique très spécial, de tumeur maligne de la glande prostatique, vu le nombre restreint des cas observés, n'est pas de connaissance universelle.

Néanmoins, elle a fait, au cours de ces dernières années, l'objet de plusieurs communications à la Société française d'Urologie. Aussi, son étude mérite, croyons-nous, une place dans l'histoire générale de nos connaissances sur l'épithélioma prostatique.

Mal connu et, habituellement, confondu avec l'hypertrophie de la prostate, jusqu'à la deuxième moitié du XIX^e siècle, l'étude clinique du cancer fut effectivement inaugurée en 1858 par Thompson; elle a été poursuivie par différents auteurs dont J. Jolly, à qui l'épithélioma de la prostate doit d'être définitivement séparé de l'hypertrophie prostatique.

L'individualité clinique une fois établie les travaux se sont multipliés : Guyon décrit la carcinose prostatopelvienne; Recklinghausen fit connaître la fré-

quence des métastases osseuses ; Young s'occupa de la cure chirurgicale ; Pasteau fut le précurseur de la curiethérapie ; Albarran et Hallé montrèrent la réalité de la dégénérescence épithéliomateuse de l'adénome uréthro prostatique.

Ainsi, les études se sont développées, pendant toute la seconde moitié du XIX^e siècle, nous apportant des précisions sur les différents aspects de la question, au point de vue clinique, anatomique et thérapeutique.

Les idées relatives au problème histopathologique soulevé par Albarran et Hallé avaient à peine pris une orientation décisive, lorsqu'en 1907 parut la thèse de Boyé sur « un cas d'adéno épithéliome kystique de la prostate » observé par le professeur André (de Nancy).

Pendant longtemps, cette première étude ne fut suivie d'aucune autre et le cas resta isolé jusqu'en 1918, date à laquelle Castano (de Buenos-Aires) rapporta l'observation d'« un cas de kyste hématique de la prostate », observation d'ailleurs non suivie qui, — comme nous le verrons, selon toutes les probabilités, — n'est qu'un deuxième cas d'épithélioma prostatique à forme pseudo-kystique. Le contenu hématique qui avait frappé Castano s'est rencontré communément dans tous les autres cas.

Par la suite, de nombreuses observations furent successivement rapportées : celle relevée dans le service du professeur Marion et rapportée par H. Blanc en 1925 ; celle du professeur Duvergey et du D^r H.

Blanc en 1932, qui fit l'objet de la thèse de leur élève J. Lavillauroy ; celle du D^r Crozes et Lapidus en 1935.

Enfin, tout récemment, le D^r H. Blanc qui s'était principalement intéressé à la question depuis 1925, joignant aux cas précédemment observés, deux nouvelles observations personnelles, en fit une description d'ensemble, où l'on trouve développés en même temps que le problème pathogénique, tous les caractères anatomo-cliniques de l'affection.

Cette forme kystique de l'épithélioma prostatique, comme on le voit, peu fréquente, mérite cependant d'être individualisée à cause du problème diagnostic qu'elle pose avec un autre groupe de tumeurs, les kystes de la prostate, également rares mais de nature essentiellement bénigne.

Notre étude devant être appuyée strictement sur des faits cliniques nous allons parcourir tout d'abord, les observations rapportées par les auteurs ; ces faits nous étant connus, nous envisagerons ensuite l'affection sous ses différents aspects en autant de chapitres et en nous reportant constamment à l'histoire clinique des malades et aux constatations faites au cours de leurs examens.

Observations.

OBSERVATION I

(Due au Professeur ANDRÉ et rapportée par BOYÉ).

Age: 53 ans.

Sa mère est morte à 84 ans de fluxion de poitrine.

Père mort à 54 ans, à la suite d'une ingestion d'une dose exagérée de laudanum.

L'un de ses frères mort d'une affection de la moelle.

Un autre frère et une sœur bien portants.

Son fils est mort tuberculeux à 17 ans.

Depuis 6 mois le malade est atteint de névrite sciatique rebelle dans le membre inférieur droit, avec des périodes d'amélioration et d'aggravation, malgré tous les traitements suivis.

Depuis deux mois, difficulté d'uriner croissante, surtout marquée dans les quinze derniers jours, où à plusieurs reprises, elle a pu aller jusqu'à la rétention. Le malade souffrait beaucoup et n'urinait qu'avec de grands efforts.

A ce moment, il consulte son médecin qui constate une tumeur de la prostate et l'envoie à l'hôpital.

Le malade a passablement maigri dans ces derniers temps. A l'examen, on constate ce qui suit :

Un explorateur n° 21 parcourt le canal facilement, il est un peu serré au niveau de la prostate mais passe cependant. On introduit facilement aussi une sonde à bécuille n° 18 qui évacue une certaine quantité d'urine claire.

Au toucher, le lobe gauche est petit, il n'est pour ainsi dire pas senti. Le lobe droit est, au contraire, très volumineux, environ de la grosseur d'un œuf, formant une saillie considérable dans le rectum, saillie latérale allant jusqu'à la paroi du petit bassin, dont le sépare cependant un sillon bien net.

Cette saillie est arrondie, ovoïde, allant de la pointe à la base de la prostate et du côté droit seulement. Sa consistance est rénitente ce qui donne l'impression qu'il s'agit là d'un kyste de la prostate.

28 décembre 1905 : pour vérifier la chose, une ponction aspiratrice est pratiquée dans la tumeur, par le rectum, après qu'on a bien exposé la prostate à l'aide d'une valve rectale. On retire en effet le contenu de la seringue, soit 10 grammes d'un liquide ambré ayant la couleur et la consistance du sérum sanguin. Après cette ponction, la poche paraît beaucoup moins tendue au toucher. L'opération est décidée pour le lendemain.

29 décembre 1905 : Le malade est opéré dans la position périnéale inversée. On fait une incision périnéale transverse, un peu moins longue que pour la prostatectomie. On procède comme dans le premier temps de l'opération pour aborder la prostate. La poche kystique est un peu difficile à trouver à cause de son affaissement partiel à la suite de la ponction. On la trouve bien là où on l'avait reconnue, c'est-à-dire à la place du lobe de la prostate qu'elle semble remplacer et dont on ne trouve pas de partie solide.

La poche est largement ouverte ; il s'en échappe encore environ 5 cmc. de liquide. Le doigt s'y enfonce profondément jusqu'au niveau de la prostate et au voisinage du petit bassin. La poche est unique, sauf cloison : sa paroi apparaît au doigt molle et tomenteuse. En la frottant fortement avec le bout de compresse, montée sur des pinces, on ramène des débris, plus ou moins décolorés, quelques-uns sont noirâtres, comme si le kyste avait une origine hématique, le sérum constituant la partie liquide et les caillots tapissant la paroi.

La tumeur n'est pas enlevée.

Le kyste n'a aucune communication avec la vessie, on le bourre avec une mèche de gaze qui sort par le milieu de la plaie, dont les angles sont rétrécis par quelques points de suture. Au préalable, on a touché les parois avec un tampon imbibé de chlorure de zinc à 1 p. 10 ; on fait un pansement compressif.

Suites opératoires normales. Le soir, on est obligé de sonder le malade qui n'a pu uriner seul.

Le lendemain la miction se rétablit spontanément. On fait faire l'examen de la tumeur, examen qui conclut à un cancer dans la prostate. L'examen du liquide n'a pas été fait. On trouve dans les débris des cellules cancéreuses.

2 janvier 1906 : La mèche est retirée et remplacée par un drain qui va jusqu'au fond de la poche, où on fait chaque matin un lavage à l'eau oxygénée.

5 janvier : Le tube étant tombé, on ne le remet pas. Depuis plusieurs jours, le malade n'a pas souffert de la jambe droite. On enlève un des points de suture.

8 janvier : On enlève les points de suture qui restent. La plaie est bien réunie et n'offre à la vue que le trajet du drain.

11 janvier : Le malade se lève un peu.

13 janvier : Il quitte l'hôpital. Il y a encore quelques difficultés à la miction. Le malade se plaint à nouveau de sa sciatique.

29 janvier : Il continue à souffrir et est obligé d'uriner toutes les demi-heures.

12 avril 1906 : Le malade est revenu :

A deux reprises il a été sondé par le médecin, une rétention complète étant survenue. Il urine souvent et ressent des fortes douleurs dans la jambe droite, ce qui le force à marcher avec des béquilles.

Une sonde passe à frottement dur dans le canal ; les urines sont troubles, quelques gouttes de sang après la miction.

Au toucher, on sent la prostate entièrement indu-

rée et bosselée. Il s'agit maintenant d'un cancer.

Le kyste semble s'être produit en partie.

En outre, on découvre que l'extrémité supérieure du fémur droit est le siège d'une tumeur osseuse, volumineuse et étendue, sans doute secondaire.

Actuellement, le malade est arrivé à une cachexie profonde. Il est très amaigri et ne mange presque plus.

Les urines, assez abondantes, sont troubles et épaisses.

Le toucher rectal révèle une tumeur dure, bosselée, développée sur toute la prostate. On ne peut plus la délimiter, elle semble remplir toute l'excavation pelvienne.

La tumeur s'étend depuis l'épine iliaque antéro-supérieure, jusqu'à la moitié inférieure de la cuisse. La hanche est ankylosée complètement. Le reste du membre a subi une atrophie considérable.

Examen histologique (Hoch) : Le fragment de la paroi du kyste s'est montré constitué presque exclusivement par du tissu épithélial. Le stroma est réduit à de fins axes de tissu vasculo-conjonctif où les vaisseaux sont capillaires. Ils sont très graciles, ramifiés dans divers sens. On les voit recouverts d'assises uniques ou stratifiées de cellules claires, dont beaucoup sont aux divers stades de la division mitotique.

Ces cellules forment par leur arrangement et leurs replis divers, des revêtements plus ou moins épais ou encore des replis, des recessus en forme de culs-de-sac glandulaires que la coupe intéresse en divers

sens, ce qui donne à l'œil un aspect très élégant, en raison de la netteté des formes épithéliales et des contours cellulaires.

Il s'agit d'adéno-épithéliome kystique de la prostate.

OBSERVATION II

(Par A. CASTANO [Buenos-Aires]).

M. N..., 67 ans, présente, d'après ce qu'il nous raconte, depuis trois ans, des symptômes de prostatisme : fréquence des mictions, la nuit plus que le jour, difficulté pour uriner ; paresse de l'intestin, peu marquée au début, mais allant progressivement en augmentant, combattue d'abord avec des lavements, plus tard aggravée par ces mêmes lavements, le malade se trouve aujourd'hui dans l'impossibilité d'aller à la selle, parce que la sonde ne peut vaincre l'obstacle qui obstrue son gros intestin au-dessus de l'anus.

Dans les deux derniers mois, le besoin d'uriner était si impérieux qu'il était obligé de pisser à chaque moment ; de même, il éprouvait le besoin d'aller à la selle sans pouvoir satisfaire ses besoins.

Il n'a pas eu d'hématuries, mais c'est un vieux diabétique, qui a presque toujours eu 30 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures.

A l'examen externe, la vessie distendue remontait à la hauteur de l'ombilic ; la rétention était complète. Je plaçai la sonde et retirai 100 grammes, je vidai

complètement la vessie au bout de quarante-huit heures et continuai les sondages parce que son urètre ne supportait pas la sonde à demeure.

L'examen au toucher rectal me démontra l'existence d'une tumeur, grosse comme une orange, comprimant et obstruant complètement le rectum. Tumeur lisse, résistante, molle sans être dépressible, les contours supérieurs étant impossibles à délimiter ; je diagnostiquai aussitôt une grande hypertrophie de la prostate.

L'examen de l'urine me donnant 20 grammes de sucre et les autres éléments étant normaux, j'instituai un régime afin de mettre dans de bonnes conditions opératoires. La plus grande difficulté, contre laquelle échouaient purgatifs et lavements, était la constipation opiniâtre.

Je refis le toucher rectal et je pus arriver au-dessus de la tumeur qui semblait enclavée dans le bassin : je trouvai là un énorme bol fécal qu'il fallut extraire par morceaux et, alors seulement, je pus soulager mon malade avec des lavements. Pas de fièvre à aucun moment.

Au bout de quinze jours de traitement, le sucre de son urine était descendu à 8 grammes, l'urée était normale, mais le malade continuait à se plaindre de ses besoins fréquents et impérieux d'aller à la selle. Comprenant qu'il y avait une cause mécanique à ce malaise, je hâtai l'opération qui eut lieu le 13 avril.

La vessie ouverte, je trouvai une grosse tumeur

ronde occupant les deux tiers de cet organe ; j'essayai de pénétrer dans le plan de clivage avec mon doigt et j'éprouvai de grosses difficultés, parce que le tissu glissait sous mon doigt, ce que je fis noter aux assistants, étant donné que c'était la première fois que je me voyais en face de pareil cas.

Après quelques efforts, je parvins à m'introduire dans le bon chemin et je commençai la décortication vers la partie inférieure ; tout à coup, la tumeur se rompt, se vide, et inonde la vessie et la plaie d'un sang noirâtre, en même temps qu'elle disparaissait complètement entre mes doigts. Après avoir asséché la plaie, je pus alors voir la prostate, avec ses bords un peu durs, et, au milieu, une dépression bien marquée, récemment occupée par le liquide ; par le palper bi-manuel, on ne sentait plus de tumeur.

Je plaçai les tubes et terminai l'opération. Le malade continua à aller bien : son intestin fut vidé de matières fécales par des lavements, sa vessie ferma au bout de vingt jours et le malade sortit du Sanatorium, guéri, le trentième jour, sans avoir eu de complications.

OBSERVATION III

(Relevée dans le Service du Professeur MARION
par H. BLANC).

Bra... (Joseph), 65 ans, salle Civiale, lit 29, présente depuis environ huit mois des troubles de prostatisme, consistant en dysurie et pollakiurie (deux à trois fois

la nuit). Pour y remédier, le malade appliqua un traitement électrique local sur lequel nous n'avons pas de renseignements très précis. Nous savons cependant qu'il s'agissait d'une ampoule génératrice de rayons ultra-violet qui était introduite quotidiennement dans le rectum.

Après un mois de ce traitement, les troubles dysuriques augmentèrent et la pollakiurie devint plus intense. Nous eûmes l'occasion de voir le malade à cette époque : ses urines étaient claires, le résidu était de 150 grammes environ, l'état général assez bon. Le toucher rectal révélait quelque chose de très particulier sur lequel nous insisterons plus loin. Le malade ne revint pas nous voir et son médecin lui fit alors des sondages deux fois, par semaine suivis de lavages vésicaux au nitrate d'argent.

Survient alors une attaque d'apoplexie qui semble donner un coup de fouet aux troubles prostatiques, car le malade signale que les phénomènes de cystite qu'il présente actuellement remontent à ce moment-là. Et de fait, il lui faut dès lors se lever dix ou quinze fois la nuit.

Nous revoyons le malade le 15 février 1925, c'est-à-dire huit mois environ après le début des troubles de prostatisme, et six mois après notre premier examen. Il se présente à nous comme un malade très fatigué ; il est amaigri, son teint est pâle, un peu jaune même, et il a gardé de son hémiplégie un déficit fonctionnel du membre inférieur gauche qui lui rend la marche pénible.

Quant à l'état de la prostate, il est demeuré absolument le même depuis six mois, date de notre premier examen. Au toucher rectal, on trouve *une prostate très volumineuse*, bombant considérablement dans le rectum et constituée par deux lobes symétriques accolés, séparés par un sillon étroit et profond. Leur surface est absolument lisse, leurs limites très nettes, leur consistance très fluctuante, élastique, donnant l'impression d'un kyste dont la membrane *d'enveloppe est très tendue*. Il semble qu'il y ait sous une enveloppe mince une collection liquide et qu'il suffirait d'une pression de l'ongle pour crever et évacuer ces lobes. Le massage n'évacue pas de pus.

Ce qui nous surprend le plus, c'est que cet aspect particulier de la prostate *n'a pas varié depuis six mois*. Le malade, d'autre part, n'a jamais présenté d'hématuries ni de phénomènes douloureux du côté de la prostate. Jamais de rétention complète aiguë. Pas de fièvre. L'examen des reins, du canal, des testicules est négatif. On ne perçoit pas de ganglions.

Dans ces conditions, nous conseillons au malade d'entrer à Civiale pour examen plus complet, dans l'espoir de préciser le diagnostic et d'instituer une thérapeutique appropriée.

La recherche de l'azotémie nous donne 1 gr. 31 pour 1.000.

L'épreuve de la P. S. P. sur les urines totales donne, en soixante-dix minutes, une élimination de 9 pour 100.

La constante d'Ambard est de 0,285. Il a de plus

0 gr. 50 d'albumine (recherchée sur des urines claires de polyurie).

La pression artérielle donne les chiffres suivants (Pachon) :

$$\text{Mx} = 19 \quad \text{Mn} = 9 \quad \text{I} = 4.$$

La cystoscopie, d'autre part, ne nous montre rien de particulier si ce n'est une vessie enflammée, avec colonnes et cellules, et une déformation du col qui est œdémateux et surélevé.

Notre maître, M. Marion, après avoir hésité sur le diagnostic de cette forme particulière de la prostate, pense qu'il s'agit peut-être d'un abcès latent sur un adénome, et en raison de la sensation de fluctuation très nette, de l'aspect de collection liquide superficielle, du fait aussi que ce malade est inopérable en raison de son état général, il se décide à inciser par voie rectale ces deux poches d'apparence kystique. Cette petite intervention a lieu au lit du malade.

Les deux lobes incisés, il ne sort point de pus, ni de sérosité, *mais du sang pur*, noirâtre, abondant, mélangé à des débris qui sont vite identifiés comme étant des fragments néoplastiques et qui sont prélevés pour examen histologique.

Le malade fait les jours suivants une petite poussée de température, avec un peu d'œdème de la jambe gauche. On met une sonde à demeure et une gouttière et tout rentre dans l'ordre.

L'examen histologique des fragments prélevés est effectué par Mlle Dr Kogan, chef du laboratoire d'ana-

tomie pathologique, qui nous communique la note suivante :

« On voit de gros boyaux formés de cellules épithéliales sombres, tassées les unes contre les autres, mais ils rappellent par leur ordination concentrique l'aspect glandulaire. Bouleversement architectural complet. Au milieu de ces boyaux, on trouve de nombreux vaisseaux néoformés sans paroi propre, et des portions nécrosées.

« Il serait impossible de faire le diagnostic de l'organe. Ailleurs l'épithélioma revêt la forme typique, c'est-à-dire que l'ordination glandulaire en acini est conservée. On ne voit pas de glande saine. On se trouve donc en présence d'un épithélioma de la prostate à un degré très avancé, atypique dans certaines portions, typique dans d'autres. »

OBSERVATION IV

(Par J. DUVERGEY et BLANC [de Bordeaux]).

Fourt... (Bernard), 65 ans, entre à l'Hôpital du Tondu le 6 août 1930, pour des phénomènes de cystite et de dysurie. Le début de la maladie semble remonter au mois de janvier 1928, époque à laquelle le malade commença à éprouver de la difficulté pour uriner et à uriner fréquemment. Cet état s'est accentué progressivement et en août 1928, à la suite d'un refroidissement, le malade présente une rétention complète aiguë d'urine avec température à 39°. Une

sonde est laissée à demeure pendant un mois, les mictions spontanées ne s'étant pas rétablies à la suite des premiers sondages.

Puis peu à peu les mictions réapparaissent, mais le malade souffre de cystite et les urines sont très purulentes. Les phénomènes vésicaux s'accroissent encore et s'accompagnent bientôt de petites hématuries *initiales*.

C'est dans ces conditions que le malade entre à l'hôpital.

A l'examen, il semble assez fatigué et les urines sont très purulentes. Les reins ne sont ni perçus ni sensibles.

Au toucher rectal, on sent une prostate bombant considérablement dans le rectum, bien limitée, non douloureuse, de surface lisse et régulière, les deux lobes étant séparés par un sillon médian très profond. Mais ce qui frappe surtout, c'est la consistance absolument fluctuante des lobes prostatiques qui ont l'apparence kystique et qui contiennent à coup sûr du liquide.

L'azotémie est de 0 gr. 16.

Nous pensons, soit à un abcès ancien collecté et latent, en raison de l'histoire clinique du malade, soit à un épithélioma à forme kystique, nous souvenant d'un malade vu autrefois à Lariboisière et qui présentait le même aspect clinique tout à fait exceptionnel. Nous décidons d'intervenir. Opération le 9 avril (D^r Blanc), sous rachi-anesthésie. Périnéotomie. Exposition de la prostate et incision des deux lobes.

A l'incision du lobe droit, il sort un liquide citrin, sous pression, un grand verre à liqueur environ, qui ne peut être recueilli.

A l'incision du lobe gauche, il sort du sang et des débris de tissus qui sont envoyés pour examen à M. le Professeur Sabrazès.

Nous confirmons évidemment le diagnostic d'épithélioma prostatique.

Et de fait, M. le Professeur Sabrazès nous répond que « les grumeaux recueillis sont des débris d'un épithélioma papillaire végétant de la prostate, à cellules cubo-cylindriques, et avec d'assez nombreuses mitoses ». En somme, *épithélioma atypique de la prostate*.

La plaie périnéale se ferme rapidement et le malade quitte l'hôpital, devant revenir dans quelques semaines nous montrer son état.

Il revient le 11 décembre avec un état général très précaire, des urines très purulentes et les mêmes phénomènes vésicaux qu'avant notre intervention. De plus on sent un globe vésical très dur, le malade est un distendu.

Au toucher rectal, sitôt le sphincter franchi, on tombe sur une énorme masse fluctuante du volume d'une petite orange, constituée par un lobe droit prostatique absolument kystique et occupant toute la lumière rectale. Le lobe gauche, plus petit, est également kystique, mais avec une portion très indurée, et ses limites sont imprécises.

L'intervention sur la vessie s'impose.

Cystostomie le 13 décembre (Dr Blanc), sous -rachi-

anesthésie. La vessie en rétention renferme des urines très purulentes. Au toucher intravésical on sent *un col non déformé*, mais le trigone est infiltré, dur, parsemé de noyaux épithéliomateux.

Le malade demeure dans le Service où il se cachectise peu à peu. Il n'a aucune douleur, et la tumeur prostatique augmente encore. Elle est bientôt constituée par deux masses kystiques, fluctuantes, d'égales dimensions, du volume d'une mandarine chacune, bombant considérablement dans le rectum, le périnée lui-même étant surélevé.

Au mois de mai 1931, la cachexie a atteint un degré effrayant : le malade est littéralement squelettique. Il ne présente ni ganglions, ni métastases apparentes. La diarrhée s'installe, la somnolence apparaît et le malade meurt le 13 mai.

Nécropsie pratiquée par M. Guérin, interne du service : ouverture de l'abdomen. Décollement de la partie supérieure de la vessie. Au niveau du bas-fond et de la prostate, infiltration généralisée qui oblige à sectionner aux ciseaux les ligaments sacro-prostato-pubiens, qui sont ligneux. Adhérences prostatorectales qui obligent à enlever le rectum, réséqué au niveau de l'anse sigmoïde. Incision périnéale quadrilatère et enlèvement de la pièce en totalité par en bas.

Elle comprend la prostate, la vessie recouverte du péritoine et le rectum adhérent en arrière.

On ne trouve pas de ganglions, ni de métastases pulmonaire, osseuse ou hépatique.

OBSERVATION V

(Par CROZES et LAPIDUS).

Le malade, un indigène âgé de 60 ans environ, entre à l'hôpital le 14 août 1934, pour une rétention complète d'urine, datant, dit-il, de trois jours.

Le début de la maladie et les signes urinaires qui ont précédé cette rétention sont difficiles à préciser par cet homme fruste dont l'état général est bon, et qui n'a pas de température. Le globe vésical remonte jusqu'à l'ombilic.

Au toucher, on reconnaît une tumeur prostatique ronde, médiane, lisse, grosse comme une orange.

Une sonde à demeure, à débit ralenti, videra cette vessie. L'urine est claire, non infectée.

Le 17 août, une cystostomie est faite, sans incident, en vue d'une prostatectomie ultérieure.

Dans les mois suivants, l'azotémie qui était de près de 1 gramme par litre s'abaisse à 0,45 p. 100, mais la tumeur augmente rapidement de volume. alors que l'état général reste excellent.

Le 9 novembre, une exploration est décidée, sous l'anesthésie générale, en vue d'une prostatectomie éventuelle.

Mais cet examen nous réserve une surprise : la tumeur prostatique bombe dans la vessie au point d'en effacer presque complètement la lumière. Entre le doigt rectal et celui qui est difficilement introduit

dans l'orifice de la cystostomie, la tumeur apparaît grosse comme la tête d'une tumeur fœtale, dure, lisse, résistante, elle occupe tout le petit bassin.

Ponctionnée à travers la vessie, avec une aiguille fine, elle laisse échapper un liquide brun-chocolat, foncé, opaque. Avec une seringue de 100 cmc. nous retirons environ 800 cmc. de liquide. L'aiguille retirée, nous laissons un drain de Marion dans l'orifice de la cystostomie.

Les suites opératoires se trouvent malheureusement compliquées par une grippe, qui règne à l'hôpital, et le malade succombe au quatrième jour d'une congestion pulmonaire bilatérale.

Protocole de l'autopsie faite le 14 novembre 1934 : à l'ouverture de l'abdomen, le péritoine d'aspect normal ne contient pas de liquide. Les anses intestinales reclinées, on constate que le cul-de sac de Douglas est complètement effacé. Le péritoine incisé sur le rebord du petit bassin, on enlève en bloc la vessie, ainsi que la tumeur qui occupe toute la profondeur du petit bassin.

A l'ouverture, la tumeur contient environ 500 cmc. de liquide brun-chocolat. La paroi intérieure de la poche kystique est lisse, sauf au niveau de la prostate où elle a l'apparence tomenteuse. Une incision tracée sur l'un des lobes de la glande prostatique laisse échapper un liquide d'apparence caséeuse. La muqueuse vésicale est apparemment normale.

L'examen de la pièce, pratiqué par Mlle Kogan, donne les résultats suivants :

Les coupes ont été pratiquées au niveau de la prostate et au niveau de la grande poche située à côté de la prostate.

A l'examen microscopique, la prostate montre un épithélioma atypique de la prostate, propagé aux vésicules séminales. Cet épithélioma présente de nombreuses cavités remplies de bourgeons épithéliaux du même caractère que l'épithélioma de la prostate.

Il s'agit d'un cancer kystique de la prostate de volume absolument exceptionnel.

OBSERVATION VI

(Par H. BLANC).

M. L..., 62 ans, vient nous trouver le 27 juin 1933 parce qu'il présente de la pollakiurie diurne et nocturne (il urine toutes les heures), de la dysurie, enfin de petites hématuries d'apparence terminales. Le malade d'ailleurs ne souffre pas en urinant et ses urines sont parfaitement limpides. Nous ne constatons pas de sang au moment de l'examen. Le malade se plaint en outre de douleurs sacro-lombaires surtout localisées à droite. Cet état de choses aurait débuté, il y a environ six mois, après une petite attaque de congestion cérébrale qui a disparu sans séquelles.

L'examen général ni l'interrogatoire ne révèlent par ailleurs rien d'important.

L'examen local montre que le canal est perméable et que la vessie se vide parfaitement bien. Quant au

toucher rectal, il montre une *énorme tumeur prostatique, strictement unilatérale, développée exclusivement au niveau du lobe droit, non douloureuse, rénitente, fluctuante même, molle et tendue, bombant considérablement dans le rectum et donnant l'impression d'une grosse collection liquide.*

Le massage de cette tumeur, de cette poche, après réplétion vésicale, ne ramène rien de notable.

Le malade n'a jamais eu de température. Son aspect est très satisfaisant.

Devant la difficulté d'un diagnostic précis, nous demandons au malade de revenir nous voir dans huit jours et nous lui donnons un traitement constitué par des bains de siège, des suppositoires résolutifs et calmants, des lavements chauds antipyrinés.

Huit jours après, le malade se trouve beaucoup mieux, *les mictions sont devenues normales et faciles*, les petites hématuries ne se sont pas reproduites.

Le toucher rectal montre toujours le même aspect, c'est-à-dire une énorme poche rénitente remplissant toute la concavité sacrée, unilatérale ; le massage ne ramène encore que des poussières sans caractère particulier. On constate cette fois un résidu de 90 gr.

Nous pratiquons alors une cystoscopie susceptible d'apporter peut-être quelques éclaircissements. On note une légère déformation en dôme en bas et à droite mais on voit parfaitement l'orifice urétéral droit. Saignement léger du versant cervical à ce niveau. Pas de déformation de la partie supérieure du col.

Il n'y a cliniquement que deux diagnostics raison-

nables : ou bien il s'agit d'un kyste de la prostate de nature indéterminée, ou bien d'un abcès prostatique fermé. Ce dernier diagnostic est peu probable en raison de l'absence de phénomènes aigus antérieurement, de l'absence de douleurs, de l'évolution très lente de la maladie (les troubles de la miction ayant débuté il y a six mois) et enfin de l'impression au doigt qu'il s'agit d'une poche liquide beaucoup plus que d'une poche purulente, car on ne note aucun œdème, aucun épaissement de la paroi, et il semble que d'un coup d'ongle on puisse crever la tumeur.

Cependant un troisième diagnostic s'impose à notre esprit. Nous avons eu l'occasion de voir à deux reprises, et nous avons publié ces cas, une forme kystique du cancer prostatique que nous avons fait étudier dans la thèse de notre élève Junien-Lavillauroy. Or l'impression clinique est la même et évoque immédiatement à notre esprit les deux formes de cancers kystiques que nous avons eu l'occasion d'observer antérieurement.

Aussi nous faisons part de nos craintes à la famille et nous proposons une intervention qui consistera dans l'ouverture de la tumeur prostatique par périnéotomie, notre conduite ultérieure devant être fonction de nos constatations cliniques et anatomo-pathologiques à l'occasion de l'opération.

Le malade, contrairement à notre avis, nous demande quelque délai et il disparaît sans donner de ses nouvelles.

Or sept mois après, le 2 février 1934, nous le voyons

revenir à notre consultation. Mais cette fois son aspect a changé. L'état général est très mauvais. Le malade est amaigri, jaune, d'apparence presque cachectique. Depuis quelque temps il n'urine plus qu'avec une extrême difficulté et on doit le sonder deux ou trois fois par jour.

A l'examen, la vessie est en effet distendue et le malade se présente cliniquement comme un rétentionniste incomplet chronique avec distension.

L'urine est toujours claire et au toucher rectal on sent encore la même tumeur fluctuante latérale droite qui ne semble pas s'être modifiée.

Il se produit par l'urètre un suintement séro-sanguinolent, qui dure depuis un certain temps.

L'azotémie est de 1 gr. 52 et la cystostomie est pratiquée bien entendu sans plus attendre le 3 février 1934.

La vessie est considérablement distendue et le fond de sa cavité renferme du pus.

L'état général s'améliore les jours suivants, et l'azotémie tombe à 0 gr. 30 le 15 février.

Le 16 nous intervenons une deuxième fois sous rachianesthésie.

Périnéotomie. Incision du lobe droit prostatique : il s'écoule une grande quantité de liquide couleur café et à la fin nettement rouge. Le doigt introduit par l'incision trouve une *cavité prostatique spacieuse aux parois nettes et absolument lisses*. L'incision du lobe gauche ne donne rien.

Drain et mèche iodoformés.

Un doigt intra-vésical explore le col : *il est normal.*

Un toucher rectal vérificateur trouve la prostate normale, la tumeur ayant disparu.

L'examen cyto-bactériologique du liquide recueilli donne les résultats suivants (D^r Piéchaud) : « Liquide rouge brunâtre. Nombreux globules rouges, leucocytes polynucléés neutrophiles en petit nombre. Quelques lymphocytes, quelques rares macrophages. Absence de cellules à caractères cytologiques suspects. A l'examen direct la coloration par la méthode de Gram ne met en évidence aucun germe. »

Dans ces conditions, toute suspicion de néoplasme paraissant devoir être écarté, et le malade d'autre part ne présentant pas trace d'adénome ni d'obstacle cervical, il n'y avait donc plus qu'à faire fermer la vessie.

Une sonde urétrale est mise en place et la vessie se ferme rapidement, ainsi que la plaie périnéale. La sonde est alors enlevée mais le malade ne peut uriner. Le toucher rectal ramène du pus abondant au méat par évacuation d'un abcès latent du lobe gauche prostatique, provoqué vraisemblablement par la sonde à demeure.

Les jours suivants la région prostatique est empâtée, irrégulière ; on a l'impression de bourgeons polypeux dans le rectum. Et nous nous demandons un moment s'il n'y aurait pas là un processus néoplasique évoluant rapidement.

Mais après quelques jours de lavements de mauve

et d'antipyrine, la région prostatique redevient normale. La sonde urétrale qui avait été remise est de nouveau enlevée, mais le malade n'urine pas davantage. On le sonde deux fois par jour. Puis une fistulette hypogastrique se forme, et la sonde urétrale est de nouveau laissée à demeure. On fait lever le malade qui part chez lui avec sa sonde. Quand la cicatrice hypogastrique paraît tout à fait solide, quelques jours après, la sonde est de nouveau enlevée, mais le malade n'urine encore pas et on doit le sonder matin et soir.

Nous lui donnons alors de la genostrychine, 8 pilules le premier jour. Dans la nuit le malade se réveille inondé, ayant uriné spontanément pendant son sommeil. Et depuis il urine normalement.

Huit jours après on constate un résidu peu important d'urines troubles. Après 15 jours de traitement désinfectant et quelques lavages vésicaux, le malade a des urines claires et vide complètement sa vessie.

Ainsi donc, ce malade a présenté des troubles dus à une tumeur prostatique ayant amené en fin de compte un état de rétention incomplète chronique avec distension. Cette tumeur semblait être un kyste hématique ou peut-être un hématome kystique dont la pathogénie n'apparaissait pas clairement. Il n'y a à l'origine, semble-t-il, ni adénome, ni tumeur, ni infection, ni traumatisme. L'évolution a été spontanée et le début semble avoir coïncidé avec une congestion cérébrale fruste. Et nous avons émis l'hypothèse que peut-être il avait pu se produire au niveau de la prostate une rupture vasculaire spontanée dans

le stroma conjonctif sous-capsulaire, l'hémorragie ayant formé une collection sanguine isolée qui peu à peu s'était organisée, puis s'était résorbée (on trouvait des macrophages dans le liquide) si bien que si l'on avait attendu plus longtemps on n'aurait plus trouvé sans doute que de la sérosité sanguinolente ou citrine par résorption du plasma.

Mais la suite de l'observation de notre malade vint nous apporter des éclaircissements.

En effet, deux mois environ après sa sortie de la maison de santé, il présente quelques phénomènes vésicaux, avec petit écoulement urétral, petites hématuries, en même temps qu'à plusieurs reprises il évacue du sang rouge avec les selles.

Puis tout rentre dans l'ordre et 5 mois après la périnéotomie, nous constatons que les urines sont claires et les mictions faciles. Cependant au toucher rectal on sent une *masse étendue, irrégulière, dure, sans limites très nettes*.

Dès lors le diagnostic d'épithélioma se précise à notre esprit.

Quelques semaines après, un nouvel examen nous fait constater des urines troubles et un résidu de 150 gr. Mais le toucher rectal s'il montre encore une région prostatique empâtée, mal limitée, avec une région vésiculaire indurée, ne nous donne plus la sensation d'un épithélioma certain. On a plutôt celle d'une hypertrophie prostatique étalée avec une partie irrégulière, dépressible au niveau du lobe droit. Cliniquement on pourrait penser à une adénomite. Nous

pratiquons une cystoscopie : l'appareil est arrêté dans la traversée prostatique et il faut l'abaisser fortement pour le faire pénétrer dans la vessie.

On constate un col bourgeonnant, rouge, saignant. Le trigone est surélevé. Le passage du cystoscope détermine une urétrorragie, plus exactement un écoulement de sang et de mucosités.

Dès lors le malade n'est plus perdu de vue. Son médecin nous tient au courant de son état et lui-même revient nous voir tous les trois mois.

La vessie se rouvre à plusieurs reprises, se fermant régulièrement après quelques jours de sonde à demeure. L'état général devient mauvais encore que l'appétit demeure bon. Les phénomènes vésicaux s'accroissent avec mictions impérieuses, ténesme et urines très troubles.

En décembre 1934, 11 mois après l'intervention périnéale, on sent cette fois une grosse masse indurée, irrégulière, mal limitée, infiltrant le bas-fond vésical. Le diagnostic s'impose de *carcinomatose prostatopelvienne*.

Et toujours des alternatives d'ouverture et de fermeture de la cicatrice hypogastrique. La cachexie s'installe, le malade émet des glaires rectales et en mars 1935 un nouvel examen confirme le diagnostic précédemment porté.

Nous avons revu le malade en juin dernier, les alternatives d'ouverture et de fermeture vésicales ont continué, mais depuis six semaines le malade n'urine presque plus par la verge et l'urine passait par le

rectum. Lorsqu'on met une sonde à demeure vésicale l'urine ne passe pas par le rectum.

Le malade est très affaibli, mais l'appétit demeure satisfaisant et la langue est bonne et humide.

Au moment de notre examen, la vessie est fermée mais la cystite persiste ainsi que le ténésme rectal. Au toucher rectal on ne perçoit pas la fistule recto-vésicale ou plutôt recto-prostatique mais une *énorme masse mamelonnée et indurée* occupant surtout la partie droite de l'excavation pelvienne.

Telle est l'histoire non encore achevée d'ailleurs, car le malade vit toujours, de ce kyste hématique de la prostate qui n'était autre comme nous l'avions supposé au début qu'une forme spéciale d'un épithélioma prostatique en évolution.

OBSERVATION VII

(Par H. BLANC.)

M. Car..., 77 ans, de Castres (Tarn) nous est adressé le 24 septembre 1934 parce qu'il a été pris, il y a trois jours de rétention complète aiguë alors qu'il n'avait jamais présenté jusqu'à ce moment-là qu'une légère pollakiurie. Au toucher rectal on sent une prostate dure, peu augmentée, mais mal limitée surtout à droite. Nous portons le diagnostic d'épithélioma prostatique.

Une sonde à demeure est laissée quelques jours mais lorsqu'elle est enlevée le malade urine très difficilement et garde une vessie distendue. Nous prati-

quons alors une *cystostomie*. Au toucher intra-vésical on sent un col assez souple avec lèvre inférieure en croupion. La partie latérale droite est indurée.

Le malade va très bien durant les mois suivants et son fonctionnement rénal est parfait. Mais au bout de six mois, son moral commence à faiblir. Le tube hypogastrique détermine une inflammation chronique avec formations chéloïdiennes. Le malade nous prie instamment de le débarrasser de sa sonde.

Au toucher rectal on perçoit à ce moment-là une *volumineuse masse prostatique bombant dans le rectum dont la partie centrale est constituée par une tumeur lisse, régulière, limitée, fluctuante, d'apparence kystique, tandis que latéralement la tumeur est dure et sans limitation*. On constate à droite des ganglions inguinaux.

Nous décidons d'intervenir pour libérer au moins momentanément le malade de son tube hypogastrique, pour remonter un moral très défaillant, pour le débarrasser enfin des accidents inflammatoires dont l'orifice hypogastrique est le siège.

Nous enlevons assez facilement une masse médiane en croupion. Nous ne trouvons bien entendu aucun plan de clivage au niveau des parties latérales et des cornes prostatiques. Nous pratiquons une exérèse par morcellement qui nous conduit sur la cavité kystique postérieure incluse au niveau de la tumeur. Le col assez souple est enlevé totalement en avant.

L'examen histologique des morceaux de la tumeur enlevée montre qu'il s'agit d'un *épithélioma prostatique, type adéno-épithéliome végétant* (D^r Bonnard).

Les suites opératoires sont normales et la guérison rapide. La vessie est fermée au 15^e jour, la sonde est enlevée le 20^e et le *malade urine bien et vide complètement sa vessie*. Un mois après l'intervention, au toucher rectal on ne sent plus le kyste précédemment constaté, mais la tumeur semble vouloir continuer à se développer rapidement.

Les semaines suivantes, le malade vide toujours bien sa vessie, son état général est parfait, les mictions sont normales, mais entre celles-ci il se produit parfois un peu d'incontinence. Les dilatations du canal jusqu'au béniqué 56 n'amènent pas d'amélioration durable.

Le 1^{er} octobre 1935, c'est-à-dire un an après la cystostomie et six mois après la prostatectomie, le malade présente une incontinence permanente et doit porter un appareil collecteur ; de plus il se plaint de troubles rectaux, sensation d'une boule dans le rectum avec parfois incontinence fécale.

Au toucher rectal on tombe sur une *tumeur kystique médiane, proéminent dans le rectum, de la grosseur d'une grosse prune, ovoïde, allongée dans le sens antéro-postérieur, lisse, régulière, bien limitée*. De chaque côté la tumeur prostatique sur laquelle elle semble posée, file sans limitation vers le petit bassin.

La tumeur a donc continué d'évoluer et le kyste qui avait disparu après l'opération s'est reformé et a développé ses dimensions au point d'amener une gêne très notable dans le rectum, dont il obstrue une partie de la lumière.

Anatomie pathologique.

Cette affection est caractérisée essentiellement par la présence de cavités kystiques au sein de la tumeur prostatique.

A ce propos, il y a lieu de constater qu'autrefois on avait bien signalé (Engelbach, Hallopeau) des tumeurs « parsemées de petites cavités kystiques d'un volume d'une tête d'épingle ou d'un pois », de « petits kystes sanguins » ; des « cavités par suite de la fonte des tissus cancéreux, remplies de matières puriformes » ; de « pseudo-kystes ou de cavités anfractueuses remplies de débris sphacéliques ».

Or, H. Blanc vient de faire remarquer qu'il ne faut classer sous l'étiquette de la « forme kystique de l'épithélioma prostatique » que des tumeurs creusées de « cavités kystiques volumineuses, le plus souvent uniques, occupant tout un lobe prostatique ».

Ceci dit, examinons l'aspect macroscopique des lésions.

La prostate est occupée soit au niveau d'un lobe, le plus souvent le droit, soit des deux, par une tumeur kystique, de volume généralement considérable. De la grosseur d'un œuf, d'une orange, elle peut atteindre

les dimensions d'une tête fœtale. D'une forme ovale ou sensiblement arrondie, elle présente notamment une surface uniformément lisse, sans irrégularités ni bosselures. La consistance en est rénitente et donne nettement l'impression d'une poche remplie de liquide.

A l'incision, on tombe sur une vaste caverne dont le contenu est tantôt du sang pur, tantôt du sérum sanguin sous forme de liquide ambré, mélangé ou non à des débris néoplasiques ou, encore, du liquide brun chocolat séro-hématique. En introduisant le doigt dans cette cavité, on se rend compte que la poche s'étend plus ou moins loin, parfois même jusqu'au voisinage de la paroi pelvienne. Elle est, en outre, unique, sans cloison, et sa paroi est lisse sauf au niveau de la prostate où elle apparaît tomenteuse.

Cette cavité kystique n'a, d'autre part, aucune communication avec la vessie.

En dehors de ces modifications très spéciales au niveau de la glande prostatique, les autres détails anatomo-pathologiques sont sensiblement les mêmes que ceux constatés dans le cancer habituel.

C'est ainsi que le processus néoplasique diffuse de proche en proche et gagne par continuité les régions avoisinantes : « au niveau du bas-fond et de la prostate, infiltration généralisée qui oblige à sectionner aux ciseaux les ligaments sacro-prostato-pubiens qui sont ligneux. Adhérence prostatorectale qui oblige à enlever le rectum jusqu'au niveau de l'anse sigmoïde (Guérin) ».

Nous en concluons que les vésicules séminales, dont il n'a pas été fait mention, étaient atteintes puisque l'envahissement de ces organes se fait par extension directe du côté de leur face vésicale.

Cette extension par continuité avait acquis chez le malade d'André des proportions énormes, celles d'une carcinose prostatopelvienne : « C'est ainsi que les os du bassin sont parfois comme incrustés dans la masse néoplasique, formant une tumeur très dure qu'il est difficile de désagréger. Poussant plus loin son processus, le cancer peut s'échapper par les échancrures sciatiques et venir jusque dans les membres inférieurs, comme c'est le cas pour notre observation » (Boyé).

De semblables lésions expliquent clairement les douleurs névralgiques rebelles dont ce même malade était atteint.

C'est également à une compression veineuse qu'on peut attribuer l'œdème des membres inférieurs observé chez le malade de Blanc.

Les organes voisins (urèthre, vessie, rectum) se trouvent intéressés, comme dans l'épithélioma habituel, toutes les fois que les lésions ont acquis un certain développement : Ils sont d'abord déformés, comprimés ; ensuite leurs parois s'infiltrant, perdent leur souplesse et deviennent rigides. Cet état de chose, en créant des conditions propices aux infections, entretient un état inflammatoire des organes dont on peut facilement se rendre compte par les examens endoscopiques. Plus rarement, on assiste à l'envahissement

de leurs muqueuses qui deviennent chagrinées, végétantes et finissent par s'ulcérer : tel fut le cas du malade de Blanc qui présenta d'abord des ulcérations de la muqueuse urétrale se traduisant par un suintement séro-sanguinolent, et ensuite un envahissement de la muqueuse rectale avec passage des urines, en totalité, par le rectum.

L'adénopathie a été notée une seule fois et elle siégeait à la région inguinale.

Quant aux métastases osseuses, il en était question dans l'observation d'André.

L'examen histologique a permis de connaître l'origine et la nature de cette tumeur kystique ; mais en ce qui concerne sa structure, jusqu'à présent, on n'a pas eu l'occasion d'en étudier les détails.

Sur la première question Blanc s'est prononcé nettement : « ce processus kystique se développe exclusivement sur la glande prostatique elle-même et non sur un adénome ; il s'agit de cancer glandulaire primitif et non d'adénome cancérisé. La cystoscopie et l'intervention n'ont pas permis, en effet, de constater chez nos malades le moindre signe d'adénome ».

La nature épithéliomateuse a été prouvée par des examens microscopiques portant à la fois sur les grumeaux trouvés en suspension dans le liquide et sur des fragments prélevés au niveau de la prostate et au niveau de la poche.

Il s'agissait dans tous les cas d'épithélioma atypique de la prostate dont les détails se trouvent relatés à la suite des observations.

Quant à l'étude histo-pathologique de la membrane, elle n'a pas encore été faite d'une façon précise, la tumeur n'ayant pu être enlevée sur le vivant. Sur une pièce d'autopsie l'examen n'aurait eu aucune signification.

Pathogénie.

Nous venons de voir que le caractère principal de la forme kystique de l'épithélioma prostatique au point de vue anatomique réside dans la présence, au sein de la tumeur, d'une volumineuse poche renfermant un liquide d'origine vraisemblablement hémattique.

A cette notion, il faut ajouter que la formation de cette cavité kystique n'est sûrement pas due à des phénomènes accidentels (infection qui aboutit à la formation des petites cavités anfractueuses remplies de matières sphacéliques ou suppuratives) mais bien à un processus de néoplasie spéciale dont il s'agit d'élucider le mécanisme.

Dès 1925, H. Blanc avait pensé à expliquer la chose par des hémorragies dans l'épaisseur de la tumeur préexistante, à l'exemple de celles mentionnées par Exner et Heichelheim, qui se font « dans le stroma conjonctif qui entoure, souvent par de minces zones, les nids cancéreux et qui peut être riche en vaisseaux capillaires ». Il avait en même temps « noté l'analogie qui existe entre cette forme d'épithélioma prostatique et les néoplasmes du rein à forme kys-

tique », comme le cas rapporté à la Société Française d'urologie en 1925 par E. Papin, et dont « on a pu voir une importante partie de la tumeur se transformer en un véritable kyste hématique dû à la nécrose de la tumeur et à des hémorragies consécutives. Ces kystes hématiques peuvent atteindre une grande taille et dans certains cas il faut multiplier les coupes pour retrouver les lésions typiques du cancer rénal à la périphérie de ces vastes kystes remplis de caillots et qui ressemblent grossièrement à des anévrysmes » (Lecène et Wolfromm).

Quelques années plus tard, en 1932, Duvergey et H. Blanc — après avoir admis que l'hémorragie intratumorale, se faisant lentement, ait pu déterminer par sa limitation un pseudo-kyste renfermant du sang, des débris ou même du sérum sanguin par suite d'une résorption secondaire du sang extravasé — avaient envisagé également la possibilité de cas de kyste glandulaire géant de la prostate sur lequel vient se surajouter un processus néoplasique.

En somme, processus néoplasique d'abord, puis formation secondaire des cavités kystiques, ou vice-versa, tels sont les deux aspects du problème à résoudre.

Il est difficile, comme l'ont justement dit Duvergey et Blanc, de se prononcer définitivement pour l'une ou l'autre théorie.

Parmi les observations existantes il en est qui militent plus particulièrement en faveur de l'une ou de l'autre hypothèse.

C'est ainsi que les observations I, III, IV, V, VII viennent à l'appui de la première hypothèse ; il s'agit là, en somme, d'adéno-épithéliome végétant de la prostate. Le fait est particulièrement évident en ce qui concerne l'observation VII, où Blanc a vu pour ainsi dire naître le kyste, car le premier examen n'a révélé qu'un épithélioma prostatique sans aucune trace de kyste, et ce n'est qu'au cours des examens ultérieurs qu'il a assisté à l'apparition de la cavité kystique. Dans les autres cas, c'est la réapparition du kyste au sein même de la tumeur, qui semble prouver que le processus kystique s'est surajouté au processus néoplasique.

Au contraire, l'observation (II, VI) semble se rattacher à la deuxième pathogénie ; on y avait noté une cavité kystique parfaitement régulière, à paroi nettement individualisée, contenant du liquide séro-sanguin sans aucun débris, alors que, d'autre part, la tumeur kystique ne s'est pas reproduite après l'opération (VI), l'évolution s'étant faite vers la carcinose prostatopelvienne.

Enfin, une explication intermédiaire vient d'être prononcée par H. Blanc : « Entre la théorie du néoplasme primitif provoquant des hémorragies aboutissant au kyste hémato-sérique et la théorie du kyste se compliquant d'une transformation maligne, ne peuvent admettre la coexistence pure et simple d'un épithélioma prostatique d'un côté et d'un kyste prostatique de l'autre, ce dernier étant produit par l'oblitération néoplasique de certains acini glandulaire

sans hémorragies primitives intra-tumorales, mais avec hémorragies secondaires intra-kystiques ? Le kyste serait surajouté au processus néoplasique, se contentant de le masquer cliniquement, et celui-ci continuant à évoluer après l'incision des cavernes kystiques, la récurrence de ces dernières s'expliquant dès lors assez facilement. »

Etude Clinique.

DÉBUT.

Le début de l'épithélioma kystique est latent. Dans tous les cas que nous venons de passer en revue il s'est écoulé un certain temps entre la date d'apparition des premiers symptômes et celle où le patient vint consulter le chirurgien.

Pendant ce temps-là, qui est en moyenne de 6 ou 8 mois d'après les observations sus-mentionnées, le processus épithéliomato-kystique se développe insidieusement, ne causant qu'une gêne supportable, facilement négligée par le malade qui se contente des petits moyens palliatifs (sédatifs, massages, cathétérismes), pensant qu'il s'agit là de ce qu'on dit : « Prostatisme, effet de l'âge ».

Les premiers symptômes offrent les mêmes caractères que ceux d'une hypertrophie banale qui, à un moment donné, en même temps qu'ils deviennent sérieux, se compliquent d'accidents et amènent le malade à se présenter dans un service de voies urinaires.

En général, à partir de cette époque, le tableau clinique évolue rapidement, caractère commun aux tumeurs épithéliales malignes qui, une fois reconnues cliniquement, progressent en peu de temps vers le stade terminal.

PÉRIODE D'ÉTAT.

SIGNES FONCTIONNELS. — Le malade vient consulter pour des troubles urinaires que voici :

La fréquence des mictions est presque aussi marquée le jour que la nuit. Le nombre des mictions est plus ou moins important, le malade de l'observation VI urinait toutes les heures. Dans de pareils cas la miction n'apporte pas un soulagement net et l'envie d'uriner réapparaît, sinon de suite, du moins très peu de temps après l'évacuation vésicale.

En même temps que cette pollakiurie, et apparaissant à la même époque, existe une gêne de la miction : le jet est retardé, la miction est difficile, nécessitant des efforts plus ou moins prolongés ; l'émission des dernières gouttes est particulièrement pénible. On se rappelle que le malade d'André souffrait beaucoup et n'urinait qu'avec de grands efforts.

En somme, pollakiurie et dysurie apparaissent ensemble, un peu brusquement et à une date relativement récente (6 mois par exemple), avec une évolution plus ou moins rapide constituant ici, comme dans l'épithélioma habituel de la prostate, le fond du tableau symptomatique.

Sur ce fond de troubles mictionnels vient se greffer, fréquemment, un accident qui est la rétention complète aiguë. C'est ainsi que chez le malade d'André « la difficulté d'uriner a pu aller, et à plusieurs reprises, à la rétention ». Celui de Duvergey et Blanc avait présenté, au cours de la période de troubles mictionnels, une rétention complète aiguë à la suite d'un refroidissement. Dans le cas rapporté par Crozes et Lapidus, « le malade rentre à l'hôpital pour une rétention complète d'urine datant, dit-il, de 3 jours ».

Enfin, dans la dernière observation le malade a été adressé au Dr Blanc parce « qu'il a été pris, il y a 3 jours, de rétention complète aiguë, alors qu'il n'avait jamais présenté jusqu'à ce moment là qu'une légère pollakiurie ».

Avec ces symptômes constants qu'on a remarqués dans toutes les observations précédentes, il en est d'autres, moins fréquents, qu'on trouve seulement dans quelques-unes d'entre elles ; ce sont notamment l'hématurie, la douleur et les troubles rectaux.

L'hématurie a été notée deux fois : chez le malade de Duvergey et Blanc (obs. IV) il s'agissait de « petites hématuries initiales », ce qui est d'une grande valeur diagnostique, puisque « le cancer de la prostate est la seule affection où l'hématurie est initiale » (Legueu). Dans le cas de Blanc (obs. VI) « le malade avait présenté de petites hématuries d'apparence terminales » ; cela correspond à la grande majorité des hématuries survenues au cours d'un épithélioma prostatique.

Quoi qu'il en soit, l'hématurie dans le cancer ne présente pas, actuellement, l'importance que lui accordaient les anciens ; elle n'est ni précoce — « toujours elle a été précédée par la dysurie (Guyon) » — ni très fréquente (moins fréquente que dans l'hypertrophie prostatique) (Marion) ni très caractéristique.

La douleur a revêtu, chez le malade d'André, la forme « d'une névrite sciatique rebelle dans le membre inférieur droit, avec des périodes d'amélioration et d'aggravation, malgré tous les traitements suivis » ; ces douleurs ont même précédé de quelques mois les troubles mictionnels (caractère important au point de vue pathogénique).

Le malade de Blanc (obs. VI) se plaignait aussi « de douleurs sacro-lombaires, surtout localisées à droite ».

Cela étant et mis à part les douleurs mictionnelles dues aux infections ou aux ulcérations vésicales, on n'a jamais noté de ces douleurs d'aspect spécial et fréquemment observées dans le cancer de la prostate, « douleurs qui persistent nuit et jour, siégeant profondément dans le périnée ou le rectum, s'irradiant dans différentes directions, qui ne présentent aucune relation avec la miction, et surviennent en dehors de toute cystite avec urines parfaitement claires » (Pauchet).

Les troubles rectaux, d'abord frustes, ne prennent de l'importance qu'à une période avancée de l'évolution. Ils consistent, principalement, en une constipation ou plutôt une stase des matières due à

l'obstruction de la lumière rectale par la saillie de la tumeur ; une sensation de boule dans le rectum (obs. VII) avec envies fréquentes qui n'aboutissent pas ; parfois une incontinence fécale, mais pas de défécation douloureuse, ni épreintes consécutives.

Quant à l'état général, il est resté dans tous les cas parfait pendant longtemps, contraste un peu frappant avec l'importance du développement des lésions locales, mais, comme nous le verrons, dès qu'il est touché, il s'aggrave rapidement.

SYMPTOMES PHYSIQUES. — L'examen, comme toutes les fois qu'on a affaire à un prostatique, comporte, principalement, les trois éléments suivants :

— L'étude des caractères des urines, qui n'a montré, à cette période, rien d'anormal, les urines émises par les malades étant limpides, ne renfermant aucune trace de sang ni de pus.

— Le palper abdominal qui n'a jamais révélé un globe vésical, sauf dans les cas (obs. V et VII) où les malades se présentaient en état de rétention complète aiguë ; ceci bien entendu, n'est pas une distension.

— Le toucher rectal, qui reste l'exploration capitale de toute affection prostatique, constitue le moyen qui donne les meilleurs renseignements ; il permet d'apprécier les modifications qu'a subies la glande prostatique et d'en étudier les détails.

Dans un cas typique (obs. III) on trouve « une prostate très volumineuse, bombant considérable-

ment dans le rectum et constituée par deux lobes symétriques, accolés, séparés par un sillon étroit et profond. Leur surface est absolument lisse, leurs limites très nettes, leur consistance uniformément fluctuante, élastique, donnant l'impression d'un kyste dont la membrane d'enveloppe est très tendue. Il semble qu'il y ait sous une enveloppe mince une collection liquide et qu'il suffirait d'une pression de l'ongle pour crever et évacuer ces lobes (Blanc) ».

Cet aspect typique, qui présente, réunis au complet, tous les caractères physiques de la tumeur kystique, peut, évidemment, varier un peu selon les cas : c'est ainsi qu'un seul lobe peut être occupé par la cavité kystique, le plus souvent celui du côté droit (obs. I) ; dans d'autres cas la poche siège à la partie médiane (obs. V) ; enfin, la forme, les dimensions peuvent changer. Mais ce sont là des nuances sans importance. Ce qui importe, et constitue le trait caractéristique, c'est l'élément « consistance », qui a été trouvée constamment fluctuante.

La pression, au niveau de cette tumeur kystique, n'est pas douloureuse ; elle n'a d'autre part rien ramené au niveau du méat.

Il y a, enfin, un caractère très spécial sur lequel Blanc a attiré l'attention. Il s'agit du malade de l'observation (n° III) qui a été examiné une deuxième fois au bout de 6 mois et l'état de la prostate était demeuré absolument le même ; il en est de même pour le malade de l'observation VI.

La recherche de l'adénopathie a été négative, sauf

dans le cas (obs. VII) où l'on percevait des ganglions dans la région inguinale droite.

Dans certains cas on a eu recours à d'autres méthodes d'exploration. Chez le malade d'André on a même pratiqué une ponction exploratrice qui a retiré « un liquide ambré, ayant la couleur et la consistance du sérum sanguin ».

Au cathétérisme, on éprouve une certaine difficulté au passage de l'urèthre prostatique, due aux déformations ou à la rigidité de cette portion. De plus, il a été trouvé un petit résidu de 90 cmc. dans un cas (obs. VI), de 150 cmc dans un autre (obs. III).

La cystoscopie pratiquée chez le malade de l'observation (III) a montré une « paroi vésicale enflammée avec colonnes et cellules, et une déformation du col qui est œdémateux et surélevé ». Dans un autre cas (obs. VI) « une légère déformation en dôme en bas et à droite, mais on voit parfaitement l'orifice urétral. Saignement léger du versant cervical à ce niveau. Pas de déformation de la partie supérieure du col ».

Enfin, toutes les fois que les débris ont été prélevés, l'examen microscopique a montré leur nature néoplasique.

PÉRIODE TERMINALE.

Inutile de dire que tous ces malades, présentant les symptômes fonctionnels et physiques précédents, sont porteurs de lésions qui ont déjà dépassé le stade d'opérabilité ; la thérapeutique est, dès lors, illu-

soire. L'opération palliative (incision de la tumeur kystique) améliore momentanément les troubles urinaires (et même la névralgie sciatique chez le malade d'André), mais bientôt les difficultés d'uriner réapparaissent et cette fois avec une allure plus grave, évoluant rapidement vers la distension et son corollaire, la déficience de la fonction rénale que témoignent l'élévation du taux de l'azotémie et la défectuosité des épreuves de l'élimination provoquée. L'infection ne tarde pas à s'y joindre, les phénomènes vésicaux s'aggravent, la miction devient impérieuse et les urines purulentes.

Parfois même, ces malades peuvent présenter des hémorragies urétrales, sous forme de « quelques gouttes de sang, après la miction » ou d'un « suintement séro-sanguinolent » ; dans un autre cas, le malade « n'urinait presque plus par la verge et l'urine passait par le rectum ».

A ces troubles urinaires se joignent, parfois, des troubles rectaux allant jusqu'à l'incontinence fécale.

Le toucher rectal montre alors, soit un épithélioma prostatique largement étendu « sous forme d'une énorme masse mamelonnée et indurée », soit la réapparition de la cavité kystique ; dans le cas (IV) le lobe gauche présentait en même temps que la tumeur kystique « une portion très indurée, aux limites imprécises ».

Le cathétérisme est pénible et douloureux « la sonde passe à frottement dur dans le canal ».

A la cystoscopie pratiquée à cette période « l'appar-

reil est arrêté dans la traversée prostatique et il faut l'abaisser fortement pour le faire pénétrer dans la vessie. On constate un col bourgeonnant, rouge, saignant ; le trigone est surélevé. Le passage du cystoscope détermine une uréthrorragie, plus exactement un écoulement de sang et de mucosités ».

Dans le cas rapporté par Boyé on a constaté « que l'extrémité supérieure du fémur droit est le siège d'une tumeur osseuse, volumineuse et étendue, sans doute secondaire ».

Quant à l'état général, il commence à décliner dès què les troubles urinaires acquièrent une certaine intensité ; le malade est alors fatigué, amaigri, pâle et s'achemine plus ou moins rapidement vers la cachexie à la suite du progrès du processus cancéreux, de l'infection et de l'intoxication urinaire.

Diagnostic.

Y a-t-il un symptôme pathognomonique qui permet de reconnaître à coup sûr cette forme de l'épithélioma prostatique ? La réponse est, sans doute, négative.

En effet, pour affirmer qu'on est en présence d'un épithélioma kystique, il faut, d'une part un ensemble de symptômes fonctionnels à allure cancéreuse, et, d'autre part, un aspect kystique de la glande prostatique.

Discutons les renseignements fournis par ces deux groupes de symptômes.

LES SIGNES FONCTIONNELS.

Les phénomènes de prostatisme peuvent faire penser de prime abord à une hypertrophie de la prostate ; mais, en les considérant de plus près, cette hypothèse sera facilement écartée.

Dans l'adénome uréthro-prostatique, en effet, les troubles mictionnels sont anciens et de début imprécis ; le prostatique adénomateux banal ne sait géné-

ralement pas préciser à quelle époque la pollakiurie a débuté, tandis que, dans l'affection qui nous occupe, les troubles sont apparus peu de temps avant la première consultation (6 mois, 8 mois) et ils ont acquis d'emblée une certaine intensité. De plus, dans l'adénome la pollakiurie est plus prononcée la nuit, la dysurie survient plus tardivement; enfin, la rétention aiguë est rare comme symptôme de début et les douleurs sont totalement absentes en dehors de cystite ou de calculs concomitants : elles sont alors éveillées et augmentées par la miction, localisées à l'urèthre et l'extrémité de la verge, et s'accompagnent d'urine purulente.

Pour ce qui est du cancer classique, il est inutile d'en parler ici, les symptômes fonctionnels de la forme kystique affectant sensiblement la même allure.

LES SIGNES PHYSIQUES.

Au toucher rectal, le contraste est vraiment frappant entre les signes fonctionnels et l'aspect physique de la tumeur prostatique; cela a causé la surprise de tous les urologues qui ont eu l'occasion d'en examiner un cas; alors qu'ils s'attendaient à arriver sur une tumeur dure, irrégulière et bosselée (petits caillots entre cuir et chair, Cathelin), aux limites imprécises (le bord supérieur s'étendant dans l'espace intervésiculaire), ils eurent la surprise de tomber sur une tumeur de volume important, de forme arrondie,

à surface lisse, régulière, aux limites nettes et, ce qui est très spécial, de consistance uniformément « rénitente, donnant l'impression d'une poche de liquide (Boyé) ».

Dès lors, le diagnostic différentiel tend à s'orienter dans une direction un peu différente, celle de tumeur à collection liquide de la prostate.

A ce propos il y a lieu de distinguer deux groupes d'affection, d'importance inégale, au point de vue du diagnostic. En effet, les cavités qui se développent au niveau de la prostate relèvent tantôt d'un processus inflammatoire comme c'est le cas d'un abcès ou d'une caverne tuberculeuse, tantôt d'une néoformation spéciale non inflammatoire tel un cas de kyste.

Dans l'immense majorité des cas, l'aspect physique des lésions, dans les affections du premier groupe, ne prête pas à confusion, et la consistance en particulier ne donne jamais « au doigt la sensation d'une vessie en baudruche remplie d'eau (Blanc) ».

— Un abcès de la prostate survient habituellement chez un blennorragique, aboutissant d'une prostatite aiguë, se caractérise au toucher par une prostate augmentée de volume, très douloureuse, donnant une sensation de tension, de rénitence, avec battements vasculaires ; ce n'est que quand l'abcès se porte du côté du rectum et évolue déjà depuis un certain temps que l'on peut constater, par place, en un ou plusieurs points particulièrement douloureux, une sensation de

dépressibilité. En outre il existe des symptômes généraux de phlegmasie.

Mais à côté de cette forme habituelle, il faut signaler l'abcès latent des vieux urinaires, la « prostatite des prostatiques », qui évolue sans réaction locale et générale bien nette ; les troubles de la miction étant rapportés à l'hypertrophie elle même, tandis que les signes généraux sont mis sur le compte de l'infection urinaire chronique ; seul la pratique systématique du toucher rectal fera reconnaître ces abcès. Ces abcès latents sont certainement plus difficiles à différencier avec la forme kystique de l'épithélioma ; on ne pourra se prononcer de façon immédiate et il sera indispensable de faire l'épreuve du traitement.

Il existe, en outre, des abcès chauds se produisant sur un cancer prostatique en évolution (Rochet et Thévenot), et qui s'accompagnent de phénomènes locaux et généraux de phlegmasie.

— La prostatite chronique s'observe chez un malade atteint d'urétrite chronique ; mais souvent, aussi, chez un malade atteint d'hypertrophie prostatique (il semble y avoir une relation entre les deux affections) ; on se basera : sur l'aspect des urines qui contiennent presque constamment des grumeaux épais, des filaments lourds ; sur les caractères de la prostate qui est augmentée de volume, sensible et d'une consistance tantôt régulière, ferme ou semi-molle, tantôt irrégulière, inégale, bosselée avec des nodosités rénitentes à contours confus ; sur les caractères des produits

expulsés par l'expression de la glande : liquide laiteux, louche, dense, de réaction alcaline le microscope y révélant des cellules épithéliales, des leucocytes et parfois même des microbes ; enfin, on peut avoir recours à l'épreuve du massage qui a ici une influence favorable.

— La tuberculose de la prostate se montre surtout chez les sujets jeunes, s'accompagne, en règle générale, d'autres localisations (épididymaire rénale) ; les lésions sont souvent unilatérales. C'est une prostate augmentée moyennement de volume, parsemée de nodosités plus ou moins ramollies, de consistance inégale ; ces bosselures sont bien limitées et parfaitement indolentes. La pression fait sourdre au méat un liquide séro-grumeleux d'aspect tuberculeux, dont l'examen de laboratoire peut vérifier la nature. Il est rare que les nodules ayant subi la fonte caséuse, forment par leur confluence une volumineuse caverne fluctuante dont la tension varie suivant qu'elle est ou non remplie de liquide et que l'on peut vider par le massage.

En résumé, les processus infectieux font des prostatites bosselées avec consistance inégale, facilement différenciable de l'aspect physique de l'épithélioma kystique.

En réalité, le diagnostic délicat qui est même parfois cliniquement impossible est celui des kystes de la prostate.

— Nous faisons une simple mention des kystes

sacculaires de l'utricule, kystes congénitaux qui ne se rencontrent que chez le nouveau-né ou le jeune enfant.

Nous signalons à propos des kystes congénitaux, le cas rapporté par Legueu et Verliac (1910). Il s'agissait d'un homme de 44 ans, en état de distension et mauvais état général. A l'autopsie, on a trouvé un kyste à paroi dermoïde, tandis que l'utricule et le reste du tissu prostatique étaient normaux. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'un kyste congénital dermoïde résultant d'une anomalie dans la formation du sinus uro-génital de l'inclusion d'un diverticule de ce sinus.

— Les kystes glandulaires, qui peuvent s'observer chez le vieillard porteur d'une hypertrophie prostatique, siègent non pas dans la prostate elle-même mais dans l'adénome où ils se développent aux dépens des culs-de-sac glandulaires distendus formant des cavités remplies d'un liquide blanchâtre, filant, visqueux. En général, ils ne se manifestent pas cliniquement et constituent des trouvailles d'autopsie ou d'opération dans un adénome enlevé. Dans les cas rares où ils acquièrent un certain développement, ils se traduisent par une tumeur lisse, arrondie, rénitente ou fluctuante non douloureuse; dans ces conditions, le diagnostic, en dehors d'une opération exploratrice est impossible.

Il existe, en outre, une autre espèce de kyste : l'adénome kystique végétant de la prostate, signalé par Papin et Verliac, lésion absolument analogue

à ce qu'on trouve dans d'autres glandes (sein, rein) et au sujet de laquelle Marion, en rappelant l'histoire de son malade, porteur d'épithélioma kystique, dit : « cela prouve que des formations kystiques végétantes peuvent exister au niveau de la prostate, tantôt bénignes, tantôt malignes ».

Il s'agissait d'une tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, qui se détachait du reste de la prostate, dans laquelle elle était, pour ainsi dire, incrustée. On sentait, de chaque côté, les lobes de la prostate de volume normal.

Cette tumeur kystique a pu être circonscrite, disséquée et enlevée entière sans qu'elle soit ouverte.

Elle présentait l'allure d'une tumeur kystique bénigne, d'après l'examen histologique et la marche clinique.

— Quant aux kystes hydatiques de la région prostatique ou rétro-vésicale, « car il n'est pas prouvé que les kystes aient toujours pris leur développement dans la prostate même (Marion) », ils offrent un aspect physique tout à fait semblable à l'épithélioma kystique ; le diagnostic sera appuyé forcément sur d'autres considérations d'ordre étiologique, clinique ou de laboratoire : on se rappellera que ces kystes ne se manifestent guère qu'entre 20 et 50 ans ; qu'il y a assez fréquemment coexistence d'autres tumeurs dans la cavité pelvienne ou abdominale ; que les dimensions peuvent être formidables, si bien que la tumeur fait saillie à l'hypogastre et il convient alors de

s'assurer, par le toucher combiné au palper, que la tumeur hypogastrique et la tumeur prostatique sont une et même.

Enfin, on doit avoir recours aux procédés de laboratoire : recherche de l'éosinophilie sanguine et la déviation du complément. En dernier ressort, il est préférable d'opérer de suite que de pratiquer une ponction exploratrice qui risque d'essaimer les germes échinococciques ou d'infecter la poche.

Reste, enfin, la question d'un kyste hématique soulevée par Castano, dont l'allure clinique se confond absolument avec celle de l'affection qui nous occupe.

La seule différence qui aurait pu exister est celle de la bénignité ou malignité de l'évolution ; sur ce point le problème reste entier, puisqu'on ne sait ce qu'il est advenu par la suite du malade de Costano.

Cependant, d'après Blanc, « en présence d'un kyste prostatique présentant les caractères que nous avons décrits, il faudra toujours penser à un processus malin et garder une prudente réserve sur la question du pronostic ».

Evolution. Durée. Pronostic.

Ainsi compris, la forme pseudo-kystique de l'épithélioma prostatique, poursuit son cours vers l'issue fatale, schématiquement de la façon suivante :

Après une période de troubles mictionnels peu importants qui dure 6 à 8 mois, les phénomènes de prostatisme deviennent inquiétants car le caractère le plus net des symptômes fonctionnels d'une tumeur maligne de la prostate est la rapidité avec laquelle ils progressent quand ils ont fait leur apparition et le degré d'intensité qu'ils atteignent dans un temps très court en dehors de toute complication.

Le malade se présente à l'examen : on lui trouve des lésions ayant atteint déjà leur plein développement, mais l'état général est conservé.

Sous l'influence d'une thérapeutique palliative, les troubles urinaires passent par des périodes d'amélioration et d'aggravation successives, mais, à un moment donné, au bout de 8 mois, 10 mois, un an, cet état de chose retentit sur l'ensemble des fonctions de l'appareil urinaire ; du coup, l'état général s'en trouve alors altéré et sur ce terrain préparé par de mauvaises con-

ditions locales et générales, l'infection ne tarde pas à se greffer.

Chez ce malade fatigué, intoxiqué, infecté, la cachexie s'installe.

La durée ne semble guère différer de celle de l'épithélioma prostatique commun ; certains de ces malades succombent en quelques mois, d'autres vivent plusieurs années.

Traitement.

De même que le cancer habituel de la prostate, cette forme kystique ne semble pas être une forme chirurgicale, la tumeur ayant acquis un notable développement lorsque le malade vient consulter avec des signes cliniques positifs. Aussi la règle générale est de se borner à des méthodes palliatives que l'on peut avantageusement combiner avec la curiethérapie ; l'application de radium est à conseiller, « elle est susceptible de retarder notablement les progrès du cancer (Marion) ».

On agit sur le kyste chaque fois qu'il provoque par son développement des troubles de compression ; le procédé de choix est l'incision par voie périnéale.

Quant aux difficultés de l'évacuation vésicale et la rétention, on aura recours au cathétérisme évacuateur suivant les règles ; la distension vésicale relève de la sonde à demeure à débit ralenti. La cystostomie n'a pas d'indication immédiate dans le néoplasme de la prostate lorsque le sondage est possible. C'est ajouter une infirmité à d'autres misères (Marion). Elle ne devient nécessaire que lorsque les sondages sont particulièrement pénibles, devant être pratiqués très fréquemment ou déterminant des hémorragies.

Enfin, on a eu, ici, moins souvent que dans le cancer habituel, à lutter contre les douleurs qui, dans ce dernier, restent souvent l'objet essentiel de la thérapeutique palliative. En tout cas, on fera usage, si cela devient nécessaire, comme chez le malade d'André, des lavements à l'antipyrine ou au laudanum, des suppositoires belladonnés, de la morphine ; et, parfois pourrait se poser l'indication de l'alcoolisation des nerfs sacrés, en cas de douleurs intolérables.

Conclusions.

— Il existe une forme, sans doute rare, de l'épithélioma prostatique qui se caractérise, anatomiquement, par la présence, au sein de la tumeur, d'une cavité kystique remplie d'un liquide d'aspect hémattique.

— Le mécanisme de la formation de ces cavités n'est pas encore élucidé ; mais, ce qui est vraisemblable, c'est l'hypothèse d'une nécrobiose intranéoplasique suivie d'une hémorragie des capillaires du stroma qui se trouve circonscrite en une véritable cavité kystique.

— Le tableau clinique de cette forme ne diffère de celui du cancer commun que par l'aspect physique de la tumeur prostatique.

— Le diagnostic est à faire surtout avec les kystes

de la prostate ; il s'avère souvent impossible avant l'intervention et l'examen histologique.

— La thérapeutique en est illusoire ; elle ne pourra être que palliative quand l'affection aura suffisamment évolué pour être diagnostiquée cliniquement.

Vu : le Président de la thèse

MARION.

Vu : le Doyen,

ROUSSY

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ. — Un cas de kyste de la prostate. *Journal d'urologie*, 1927, p. 30.
- BLANC. — Cancer de la prostate à forme pseudo-kystique. *Journal d'urologie*, 1925, p. 521.
- La forme kystique du cancer de la prostate. *Journ. d'urol.*, 1936.
- BOYÉ. — Un cas d'adéno-épithéliome kystique de la prostate. Th. Nancy, 1907.
- CASTANO. — Kyste hématiche de la prostate. *Journal d'urologie*, 1918, p. 65.
- CROZES et LAPIDUS. — Un cas d'épithélioma kystique de la prostate de volume exceptionnel. *Journal d'urologie*, sept. 1935, p. 253.
- DOSSOT. — Le cancer de la prostate. Th. Paris, 1926.
- DUVERGEY et BLANC. — Epithélioma kystique de la prostate. *Journal d'urologie*, 1932, p. 212.
- GOULARD. — Les kystes de la prostate. Th. Paris, 1926.
- HALLOPEAU. — Les tumeurs malignes de la prostate. Th. Paris, 1906.
- J. LAVILLAUROY. — Cancer de la prostate à forme pseudo-kystique. Th. Bordeaux, 1932.
- LECÈNE et WOLFROMM. — Néphro-épithéliome du rein. *Bibliothèque du cancer*.

- LEGUEU. — Le cancer de la prostate. *Ann. des org. gen. urin.*, 1905, p. 1395.
- LEGUEU et VERLIAC. — Des kystes de la prostate. *Presse médicale*, 1910.
- MARION. — Traité d'urologie.
— A propos du traitement du cancer de la prostate. *Journal d'urologie*, 1926.
- ORAISON. — Kystes de la prostate in *Encyclopédie Française d'urologie*, volume VI.
- PAPIN. — Cancer du rein à forme kystique. *Journal d'urologie*, 1925, p. 258.
- PAPIN et VERLIAC. — Kyste de la prostate. *Journal d'urologie*, 1927, p. 52.
- PAUCHET. — Tumeurs malignes de la prostate. *Encycl. Franc. d'urol.*, vol. VI.
- ROCHET et THEVENOT. — Un cas intéressant de cancer prostatique (forme abcédée). *Arch. des mal. des org. gen. urin.*, 1907.
— Un nouveau cas d'abcès chaud de la prostate au cours du cancer de cet organe. *Lyon chirurgical*, 1912, p. 403.
- SAINT-CENE. — Des abcès latents de la prostate au cours de l'hypertrophie de la prostate. Th. Paris, 1900.
- TROPHINOFF. — Kyste hydatique de la prostate. *Journ. urol.*, 1912, p. 450.
-

1757. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 2-1936
